

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Autores: Guilherme Daniel Pupo, Silvana Nair Leite, Eliana Elisabeth Diehl, Luciano Soares, Marení Rocha Farias, Rosana Isabel dos Santos.

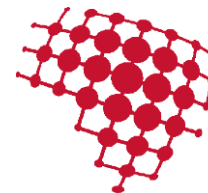
A organização da rede de atenção à saúde (RAS) ocorre por meio de instrumentos operacionais como os roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistemas de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas etc. (BRASIL, 2010).

Para assegurar a viabilização de alguns desses mecanismos, os gestores podem se associar, na forma de consórcio público de saúde, para uma possibilidade legal de obter economia de escala na administração de serviços. O consórcio constitui uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa no desenvolvimento de ações conjuntas para alcançar objetivos comuns, superando dificuldades regionais no processo de implementação e operacionalização da rede de atenção à saúde. Porém, é importante frisar que o consórcio jamais substitui as responsabilidades do gestor municipal ou estadual.

A **economia de escala** ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Dessa forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizem sua instalação em cada município isoladamente (BRASIL, 2010).

O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde é firmado por meio de **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)**.

O **COAP** é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos, com a finalidade de



organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A primeira etapa de adesão ao COAP é o planejamento regional integrado, realizado com base nos Planos de Saúde dos entes federativos. Deve-se elaborar o **Mapa da Saúde** da Região, definindo a relação das ações e dos serviços ofertados, observada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e as correspondentes responsabilidades. Deve-se definir, também, a pactuação de metas regionais e as responsabilidades individuais, orçamentárias e financeiras.

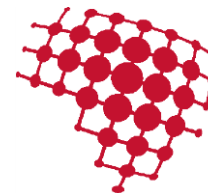
O **Mapa da Saúde** é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde (BRASIL, 2011).

A partir da Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde, os gestores negociam e pactuam, na Comissão Intergestores Regional (CIR), o quantitativo físico e financeiro das ações e dos serviços de saúde a serem desenvolvidos na Região de Saúde, contemplando os fluxos de referência para sua execução. A partir desse processo, ocorre a identificação e priorização dos investimentos necessários para a conformação da rede de atenção à saúde.

A coordenação do processo de elaboração do COAP é responsabilidade do Estado, cabendo a ele organizar as discussões, negociações e os esclarecimentos nas Regiões de Saúde. Porém, na CIR, os municípios já podem iniciar o debate.

O COAP é assinado por Região de Saúde, firmado com todos os prefeitos e secretários municipais de saúde, pelo governador e secretários estaduais de saúde e pelo ministro da saúde.

Nestes espaços de negociação, cada vez mais, a participação social é elemento estruturante e democratizante das políticas públicas de saúde. O controle social deve estar



presente nas decisões, garantindo transparência e eficiência das políticas públicas, participando na construção das redes de atenção à saúde.

Acesse o *Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS* para conhecer os consensos trabalhados depois da publicação do Decreto n. 7.508/2011, visando a sua efetiva implementação, em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacoes_gestao_interfederativa.pdf



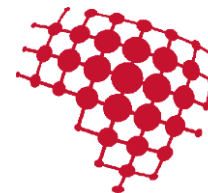
A seguir, veremos como ocorre o processo de implementação da rede de atenção à saúde.

Diretrizes e estratégias para implementação da Rede de Atenção à Saúde

A transição entre o que é preconizado na rede de atenção à saúde e a sua efetiva concretização ocorre por meio de um processo contínuo que, adotando estratégias de integração, permite desenvolver, sistematicamente, os elementos constituintes da rede até que o sistema esteja integrado.

A Portaria n. 4.219/2010 estabelece sete diretrizes estratégicas para a implementação da rede de atenção à saúde, que veremos a seguir (BRASIL, 2010):

- I. Fortalecer a atenção primária à saúde (APS) para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção;
- II. Fortalecer o papel da CIR no processo de governança da rede de atenção à saúde;
- III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e ao acompanhamento da rede de atenção à saúde e ao gerenciamento de risco e de agravos à saúde;
- IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS;
- V. Implementar o Sistema de Planejamento da rede de atenção à saúde;
- VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da rede de atenção à saúde;
- VII. Rediscutir o Financiamento do Sistema na perspectiva da rede de atenção à saúde.



Operacionalizando o modelo de atenção à saúde na rede

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico, que organiza o funcionamento das redes, articulando as relações entre os seus componentes e as intervenções sanitárias (MENDES, 2011).

Ao longo dos anos, a construção da rede de serviços de saúde foi realizada na lógica da oferta, orientada pelas condições agudas, promovendo a cura e amenizando sintomas, e não na necessidade de saúde da população. Essa lógica de organização não se aplica às condições crônicas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as condições crônicas têm aumentado em ritmo acelerado em todo o mundo. No Brasil, cerca de 75% da carga de doença é resultado das condições crônicas (MENDES, 2011).

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS contrapõe o modelo atual, que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea, e nas manifestações agudas das condições crônicas (BRASIL, 2010). É importante manter o modelo de atenção às condições agudas, uma vez que estas permanecem como problemas de saúde, mas há de se aplicar novos modelos de atenção às condições crônicas na APS, com envolvimento de profissionais, do usuário e da comunidade.

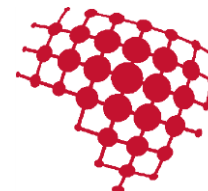
O processo de envelhecimento da população se desenvolve em decorrência da queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida, constituindo-se fatores demográficos importantes nas últimas décadas, que contribuem para o crescimento das condições crônicas.

A Estratégia Saúde da Família é o principal modelo de atenção às condições crônicas na APS no Sistema Único de Saúde, e seu constante aprimoramento torna-se essencial para o estabelecimento da rede de atenção à saúde.

A operacionalização inicial da atenção em rede está acontecendo pela priorização de algumas **Redes Temáticas**. A rede temática de atenção à saúde se estrutura a partir da necessidade de enfrentamento, por meio de um ciclo completo de atendimento, de uma condição de saúde específica.

Em 2011, após pactuação tripartite, o Ministério da Saúde priorizou as seguintes redes temáticas:

- Rede Cegonha;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências;



- Rede de Atenção Psicossocial;
- Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas;
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Certamente essa nova organização dos serviços deve incluir mais usuários no sistema, incorporar novas demandas e, dessa forma, refletir em demandas também para a assistência farmacêutica. Como a assistência farmacêutica deve atender a essas novas demandas? Quais reorganizações são esperadas para essa área?

Como vimos, fortalecer o COAP é fundamental para harmonizar e otimizar os recursos, estabelecendo as parcerias de acordo com a potencialidade de cada município.

Como está a negociação do COAP na sua Região de Saúde? Quais as expectativas para a assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde?

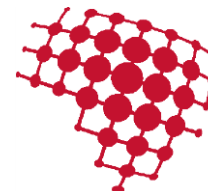
É preciso garantir a integralidade dos serviços de saúde, tendo o usuário, independentemente da situação geográfica, o direito de usufruir de toda a rede de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 nov. 2013.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.



AUTORES

Guilherme Daniel Pupo

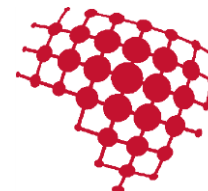
Possui graduação em Farmácia e Bioquímica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Especialização em Saúde da Família, na modalidade Residência Multiprofissional, pela Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), e é mestrando no Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Atualmente, é apoiador técnico em assistência farmacêutica do Ministério da Saúde no Projeto de formação e melhoria da qualidade de rede de atenção à saúde – QualiSUS-Rede; e farmacêutico da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. Tem experiência nas áreas de Farmácia e Saúde Coletiva, atuando, principalmente, nos temas: assistência farmacêutica, gestão em saúde, estratégia de saúde da família, educação a distância, e rede de atenção à saúde.
<http://lattes.cnpq.br/1593112298465675>

Silvana Nair Leite

Graduada em Farmácia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI/SC), cursou mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP/SP). Foi consultora, pela Organização Pan-americana de Saúde, do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, entre 2007 e 2010. É professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), nas áreas de assistência farmacêutica e estágio em saúde coletiva no Curso de Farmácia e no Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC e da Universidade de Brasília (UnB). Coordena projetos de pesquisa e extensão sobre gestão da assistência farmacêutica, saúde pública e promoção da saúde. Atua na representação da categoria farmacêutica como: conselheira e vice-presidente do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina; presidente da Escola Nacional dos Farmacêuticos; na diretoria do Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Santa Catarina; na diretoria da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e no Comitê Gestor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Inovação Farmacêutica.
<http://lattes.cnpq.br/9922706294578800>

Eliana Elisabeth Diehl

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - 1988), mestrado em Farmácia pela mesma Universidade (1992) e doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ - 2001). É professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desde 1991, onde atua nas áreas de Farmacotécnica Homeopática e Estágio em Farmácia, na Graduação; e de Assistência Farmacêutica, na Pós-Graduação. Participa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, desde 2003. Ainda, realiza pesquisa em Antropologia da Saúde, com o tema de saúde indígena, articulando uma visão crítica e reflexiva sobre as políticas públicas. É membro do Comitê Gestor do Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural, um dos Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia ligados ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atualmente, faz parte da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde.



<http://lattes.cnpq.br/7240894306747562>

Luciano Soares

Possui graduação em Farmácia (1999), mestrado em Farmácia (2001) e doutorado em Farmácia (2013), todos cursados na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É professor das disciplinas de Saúde Pública e Assistência Farmacêutica da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Atualmente, é coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. É diretor do Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina, da Associação Brasileira de Educação Farmacêutica – ABEF e da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Atua como pesquisador em assistência farmacêutica, farmacognosia e educação farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/9608391843793204>

Mareni Rocha Farias

Possui graduação em Farmácia (1982), mestrado em Ciências Farmacêuticas (1986) ambos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), doutorado em Ciências Naturais pelo *Pharmazeutisches Institut – Universität Bonn*, Alemanha (1991), e Pós-Doutorado na *Health & Life Sciences University* (UMIT) em Hall in Tirol, na Áustria (2011). Atualmente, é professora Associado II da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É líder do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos. Atua junto ao Programa de Pós-Graduação em Farmácia, com orientações de mestrado e doutorado na linha de pesquisa: Garantia da qualidade de insumos, produtos e serviços farmacêuticos; e no Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, com orientações de mestrado. Desenvolve trabalhos de pesquisa e extensão na área de Assistência Farmacêutica no Serviço Público de Saúde; atua junto à Farmácia Escola UFSC/PMF, como preceptora do Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; e coordenou a 1ª edição do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Especialização a distância.

<http://lattes.cnpq.br/1955003761488344>

Rosana Isabel dos Santos

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - 1980), mestrado em Farmácia pela mesma Universidade (1989) e doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC - 2011). É professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC, desde 1994, onde atuou nas áreas de Farmacognosia e Estágio em Farmácia, até 2003. Participou da Coordenação e Tutoria do Curso Multidisciplinar em Saúde da Família, modalidades Especialização e Residência, nos anos de 2002 e 2003. Atuou como Gerente Técnico da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, no período de 2003 a 2006. Atualmente, desenvolve trabalhos na área de Assistência Farmacêutica no Serviço Público de Saúde, atuando junto à Farmácia Escola UFSC/PMF e participando da coordenação do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/9220372399276737>